

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 785

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean PÉGEOT

Ancien Interne de l'Hôpital Péan.

Né le 3 février 1913, à Violay (Loire).

**La Cancérisation du Moignon Cervical
après Hystérectomie subtotale pour
Lésions annexielles**

Président : M. Pierre Mocquot, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LÉGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean PÉGEOT

Ancien Interne de l'Hôpital Péan.

Né le 3 février 1913, à Violay (Loire).

La Cancérisation du Moignon Cervical
après Hystérectomie subtotale pour
Lésions annexielles

Président : M. Pierre Mocquot, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON	GASTINEL Bactériologie.
(Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES, Patholo-
BOULIN Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.	GAYET Physiologie.
CETHALA Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
CHÉVALLIER.. Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAGU'ENAU.... Pathologie médicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MÈNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULE.	
CHABROL.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL-	
LERY-RADOT.	
SÉZARY.	

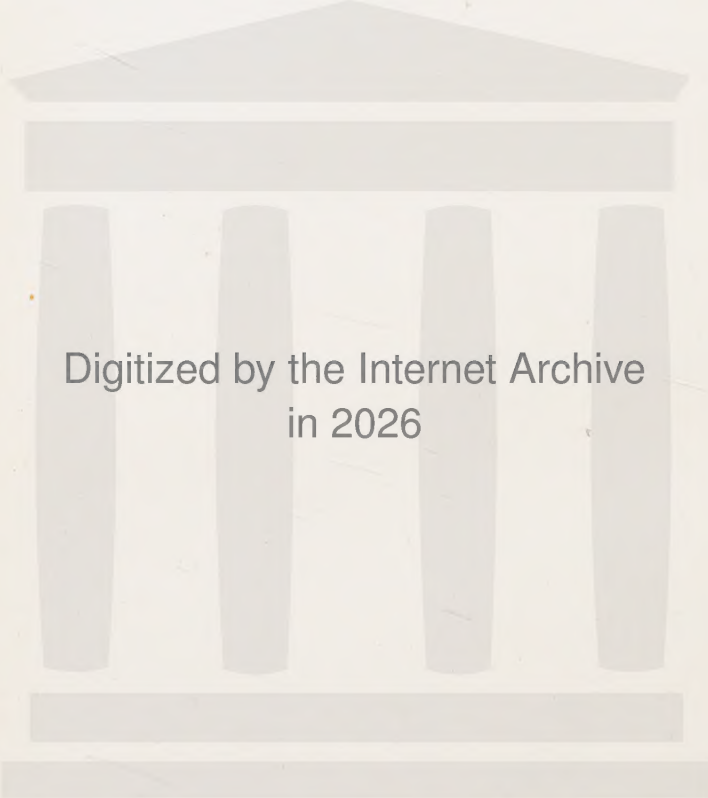
MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale
BROCC.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
MOURE.	
QUÉNU.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE ET A MA MERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté.

Chirurgien de la Clinique Broca.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Hommage de notre vive reconnaissance
pour le grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de notre thèse.*

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL PÉAN

MONSIEUR LE DOCTEUR BESSET

MONSIEUR LE DOCTEUR BOMPART

MONSIEUR LE DOCTEUR DIDIER

MONSIEUR LE DOCTEUR HOCQUARD

MONSIEUR LE DOCTEUR LEROUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIET

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUFFIAC

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour le précieux enseignement que nous reçûmes d'eux.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. DIDIER

Chirurgien de l'Hôpital Péan.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et aidé de ses conseils. Qu'il trouve ici
l'expression de notre reconnaissance.*

A MON MAITRE ET AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR C. ROCHE

Chirurgien de l'Hôpital Péan.

Qui au cours de mes études médicales m'a témoigné un vigilant intérêt. Hommage de respectueuse admiration et de sincère reconnaissance pour le précieux enseignement qu'il m'a prodigué et pour toutes les marques d'affectueuse bienveillance qu'il n'a cessé de m'accorder.

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Si la cancérisation du moignon cervical restant après hystérectomie pour fibrome a été maintes fois constatée, il n'en est pas de même de cette complication observée après salpingite ayant nécessité l'hystérectomie subtotale.

Si quelques auteurs en ont rapporté des observations, certaines n'ont pas été relatées, ce qui tendrait à montrer que cette dégénérescence n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire.

Le Docteur DIDIER, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas de cancers du col restant après hystérectomie subtotale pour salpingite suppurée, nous a donné l'idée de faire quelques recherches à ce sujet et d'entreprendre ce travail.

Pour présenter cette étude, nous avons adopté le plan suivant qui nous a paru le plus logique :

- I. — Historique.
- II. — Etiologie et Pathogénie.
- III. — Anatomie pathologique.
- IV. — Etude clinique. Symptomatologie.
 - Diagnostic.
 - Traitement.
 - Pronostic.

- V. — Observations.
- VI. — Conclusions.
- VII. — Bibliographie.

HISTORIQUE

Les communications faites au sujet de la cancérisation du moignon cervical après hystérectomie sont rares avant 1900; et encore n'ont elles trait qu'à la cancérisation après hystérectomie pour fibrome.

PÉAN (Compte rendu du Congrès de chirurgie de 1897) à propos du traitement opératoire des tumeurs multiples de l'utérus et de ses annexes s'exprime ainsi :

« Quand la portion du col conservée était assez longue, je la fixais par excès de prudence à l'angle inférieur de la plaie. Néanmoins, je préfère ne pas conserver le col parce que je l'ai vu plusieurs fois devenir sarcomateux ou épithélial les années suivantes. »

RICARD dans son rapport sur l'hystérectomie abdominale totale au 13^e Congrès de chirurgie (1899) après un parallèle entre la subtotal et la totale ne fait pas allusion à la dégénérescence possible du moignon cervical.

BOUILLY, dans la même séance, déclare que sur cent cas d'hystérectomie supravaginales il n'a jamais constaté de dégénérescence épithéliale tardive.

FLEISHMANN fait en 1899 une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Vienne.

En 1900, CONDAMIN à Lyon et PÉAN à Paris attirent l'attention sur les faits de dégénérescence cancéreuse du moignon après hystérectomie subtotale. A la suite de deux observations personnelles, CONDAMIN déclare la totale préférable à la subtotale.

Enfin RICHELOT, dans ses communications à la Société de Chirurgie en 1903, 1904, 1905, rapporte 24 cas dans lesquels l'hystérectomie subtotale pour fibrome fut suivie de dégénérescence cancéreuse du moignon.

A l'étranger, paraissent quelques communications, mais aucun travail d'ensemble, et surtout aucune polémique comparable à celles qu'avaient suscitées les communications de RICHELOT.

Nous citerons pour mémoire, LUMPE, de Salzbourg (Zentrallblatt für Gynécologie, 4/11/1905). GREY TURNER (British Medical Journal, 14/10/1905). C'est à partir de cette époque que J. L. FAURE estime la fréquence du cancer du col restant à 1 %.

En 1907, première thèse : celle de LESORBE avec 31 observations.

En 1909, communication de WINTER à la Société de Gynécologie d'Allemagne du Nord (16 observations).

En 1910, 40 observations sont citées à la Société de Chirurgie de Paris avec CHAPUT, QUÉNU, LEJARS et SOULIGOUX.

FLEISHMANN en compte alors 35; MARC en a quarante en 1911 et ECKER 42.

En 1919, l'évidement du col après hystérectomie subtotale est préconisée par DE ROUVILLE.

En 1920, FRANK relève 80 cas dans la littérature mondiale. SANDERS en a noté 102 en 1924.

A partir de 1926, les travaux se multiplient, les discussions aussi : LECÈNE fait un rapport à la Sté Nationale de Chirurgie, CADENAT également. En 1927-28, PEYRE de Toulouse en fait le sujet de sa thèse.

En 1928, une discussion s'engage sur les rapports de Mesdemoiselles LABORDE et ROQUES à la Sté d'Obstétrique de Gynécologie.

La même année, TESSAURO publie la statistique de J. L. FAURE.

Une nouvelle discussion s'engage à la Sté de Chirurgie à propos du rapport de MONOD. Toujours sur le rapport de MONOD, nous voyons à la Sté Belge d'Obstétrique et de Gynécologie une discussion soutenue.

SAND publie sa thèse à Lyon en 1930.

En 1931, le mouvement chirurgical de SÉNÈQUE dans la Presse Médicale fait le point sur la question. En 1931 également SAVA GELZKOFF à Lyon et MEVEL à Bordeaux publient leurs thèses.

En 1932, nous trouvons l'article de FORGUE dans la Presse Médicale du 28/9/32 et enfin l'article aussi remarquable que complet de J. DOR dans Marseille Médical du 15/11/32.

Depuis, nous citerons les rapports de CHOSSON et CERATI à Marseille en 1933, l'article de GASNE dans la Consultation en janvier 1933 le rapport de J. DOR à la Sté de Chirurgie de Marseille en 1936, et l'année dernière en 1937 les rapports de LEFEBVRE et GOUZI

au 6^e Congrès Français de Gynécologie à Toulouse, celui de MOIROUD à la Sté de Chirurgie de Marseille, de CURÉLÉANO à la Sté de Gynécologie de Bucarest et l'article de FERRARI dans l'Algérie Chirurgicale de mai 1937.

Le dernier travail publié à ce sujet est la thèse de BANSE (Paris 1938).

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Toute la littérature que nous avons citée a trait aux cancers du col restant après hystérectomie subtotale. Mais pourquoi, pour quelle lésion originelle avait été pratiquée cette hystérectomie ? Un certain nombre d'auteurs ne parlent que des cols restants après hystérectomie pour fibrome, salpingite, kyste de l'ovaire, etc., etc... Plnsieurs ne mentionnent même pas la lésion qui était à l'origine de l'hystérectomie. Beaucoup d'ailleurs le déplorent et allèguent le fait que trop souvent les malades ignorent pourquoi l'hystérectomie a été pratiquée... quand elles savent qu'on leur a fait une hystérectomie. On en est donc réduit aux impressions.

Celles-ci sont très favorables aux fibromes, 90 % pour JEANNENEY, 81 % pour MAGNANI, 3/4 pour PUISAN, 2/3 pour MONOD, 74 sur 111 pour MEVEL.

Mais depuis quelques années la fréquence relative du cancer du col restant après hystérectomie subtotale pour lésions annexielles semble augmenter. SAVA GALEZKOFF le soutient dans sa thèse en donnant pour explication la grande fréquence de coexistence de salpingite et de métrite chronique du col, créant un état précancéreux indiscutable.

TESSAURO, dans le service de J. L. FAURE a observé 6 salpingites sur 20 cas.

J. DOR relève 9 annexites sur 19 cas.

LEFÈBVRE et GOUZI enlèvent même au fibrome son rôle prédominant au Congrès de Gynécologie de Toulouse en mai 1937.

Sur 4 statistiques françaises, celles de S. LABORDE, SEJOURNET, DUCUING, BONNOL, et une étrangère, celle de KRETZCHNER, pour 249 cas de cancer du col restant on note comme cause de la subtotale 58 salpingites et 15 kystes de l'ovaire.

Néanmoins, si l'on considère l'ensemble des travaux publiés, le cancer du col restant après hystérectomie pour fibrome semble encore l'emporter au point de vue fréquence sur le cancer du col restant après hystérectomie pour salpingite. Pour quelles raisons ?

La première, et sans doute la plus importante, est que l'on pratique moins d'hystérectomies pour salpingites que pour fibromes.

D'autre part, n'y a-t-il pas dans tous ces cancers du col restant après hystérectomie pour fibrome un certain nombre de continuations d'évolution ou de récides d'un cancer méconnu à l'opération ? Si un examen histologique avait systématiquement été pratiqué, peut-être se serait-on aperçu qu'un certain nombre de ces fibromes était en voie de cancérisation.

Il faut également considérer la question de l'âge. N'est-il pas normal que le nombre des cancers des

femmes précédemment opérées pour fibrome (femmes âgées en général) l'emporte sur celui des femmes chez lesquelles l'hystérectomie a été faite pour salpingite (femmes jeunes dans la plupart des cas) ?

Laissant délibérément de côté dans cette étude les cancers développés sur le col restant après hystérectomie pour fibrome, nous nous attacherons à exposer, en nous basant sur les observations que nous avons pu rassembler, la question du cancer du col restant après hystérectomie pour salpingite et les considérations thérapeutiques qu'il faut envisager.

Quant à la Pathogénie de cette complication nous sommes obligés d'avouer qu'elle est bien obscure.

On a incriminé l'opération même de l'hystérectomie subtotale, qui, supprimant les connexions vasculaires et sympathiques du col troublerait la nutrition de cet organe. C'est en somme la théorie du cancer des cicatrices de LUMIÈRE.

Naturellement, on a envisagé la possibilité de l'existence préalable d'un cancer du corps non diagnostiqué à l'opération.

Reste un facteur important : au cadre du cancer des cicatrices, nous opposerons celui des infections chroniques, des lésions précancéreuses.

Un col infecté par la métrite, le plus souvent par le gonocoque dans les salpingites. ne constitue-t-il pas un merveilleux terrain précancéreux ? Ne pourrait-on parler d'une chaîne allant de la métrite chro-

nique inflammatoire à l'adénopapillome diffus du col aboutissant fréquemment à l'exulcération vraie ? Et ces ulcérations persistantes ne seraient-elles pas favorables à la cancérisation ?

Un argument sérieux à l'appui de cette théorie est fourni par le fait que le cancer du col restant après hystérectomie subtotale chez les vierges n'a pour ainsi dire jamais été rencontré. Quant au cancer primitif du col des vierges, il est exceptionnel.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A) Macroscopique.

Dans la cancérisation du moignon cervical après hystérectomie pour salpingite, le cancer débute comme après fibrome, par un envahissement total du col et de ce qui reste de la muqueuse utérine dans le col.

Ou bien, c'est au début une petite tumeur sur une des lèvres du col, la lèvre supérieure le plus souvent.

Dans le premier cas — cancer endocervical — c'est un cancer cavitaire, cancer du col en miniature, à parois friables, recouvertes de végétations bourgeonnantes; presque toujours c'est un épithélioma glandulaire, à évolution lente. Il n'envahit ou n'infiltré les organes environnants que rarement et jamais rapidement.

Dans le second cas, — cancers exocervicaux — nous trouvons les trois formes classiques :

1° Forme exubérante, végétante, papillaire, à végétations friables (qui n'est pas, malgré son aspect, toujours la plus grave).

2° Forme interstitielle ou nodulaire, à noyaux durs soulevant la muqueuse. Peu extensible.

3° Forme muqueuse, à fond sanieux, s'étendant très rapidement.

Du reste, souvent, ces trois formes se superposent.

Ce cancer exocervical est toujours un épithélioma malpighien. Il évolue rapidement sur le moignon cicatriciel. Mais il finit par mordre sur les culs de sac vaginaux et par devenir un cancer du vagin.

B) Microscopique.

Aux deux types macroscopiques que nous venons de décrire correspondent deux types microscopiques.

Le type endocervical est le plus souvent un épithélioma glandulaire, cylindrique; son point de départ est la muqueuse intra-utérine du moignon.

Le type exocervical est un épithélioma malpighien spinocellulaire, basocellulaire ou intermédiaire.

ETUDE CLINIQUE

Symptomatologie.

Elle est banale et insidieuse. Le premier signe constant et capital est l'hémorragie, petites pertes de sang, discrètes d'abord mais persistantes. Elles surviennent à l'occasion de légers traumatismes : coït, défécation, toucher vaginal. Les malades en général, ne s'effraient pas et d'ailleurs comme à ce moment elles ne ressentent pas de douleurs et que leur état général est resté bon, il est bien rare qu'elles viennent consulter.

A cette époque, un toucher peu minutieux pourrait laisser échapper le petit bourgeon fougueux siégeant sur le col, dans la forme du type bourgeonnant; la légère induration suspecte d'une des lèvres dans la forme infiltrante; l'ulcération minime dans la forme ulcéreuse; et à plus forte raison la forme endocervicale (son meilleur signe est l'expression du col avec la main abdominale. Du sang souille alors le doigt vaginal).

Mais en général, le chirurgien ne voit la malade qu'à la période d'état.

Alors, en plus des hémorragies (qui peuvent ne pas avoir varié) on note une leucorrhée continue, et sur-

tout, les douleurs sont apparues, simples pesanteurs à irradiations névralgiques vers le périnée et les cuisses d'abord, puis douleurs aiguës, vives, périnéales, ou abdominales. Avec elles apparaissent les signes généraux : amaigrissement, asthénie, anorexie, anémie.

Puis viennent les signes cliniques d'envahissement des organes voisins.

Le col alors a disparu, masqué par les végétations de la forme bourgeonnante, érodé ou rongé dans la forme ulcéreuse. On trouve des culs de sac épaissis et une paroi vaginale durcie.

Puis viendront bientôt l'envahissement de la vessie, des uretères, enfin la cachexie cancéreuse et la mort.

Diagnostic.

Il est facile. Il sera basé sur le fait de l'hystérectomie subtotale antérieure et sur les signes fonctionnels : hémorragies et douleurs périnéales, sur le mauvais état général. Après le toucher vaginal et l'examen au spéculum, il sera confirmé par la biopsie.

Ce diagnostic doit être fait avec les hémorragies compensatrices qui peuvent survenir chez les femmes jeunes hystérectomisées, chez lesquelles une parcelle d'ovaire a été conservée.

L'examen clinique et la biopsie feront vite ce diagnostic.

N. B. Pour la biopsie, dans les cancers endocervicaux il sera nécessaire d'enlever en plus des végétations intracavitaires, une partie du muscle utérin. C'est l'envahissement de ce dernier qui confirme le diagnostic de malignité.

TRAITEMENT ET PRONOSTIC

Traitement préventif.

Comment éviter cette rare et redoutable complication ? Pour les salpingites suppurées, en faisant toujours l'hystérectomie totale de préférence à la subtotale.

Pour les lésions kystiques de l'ovaire, la question est plus délicate, et, un examen approfondi et précis des lésions avant l'opération. l'intégrité absolue du col, permettront seuls, l'hystérectomie subtotale.

Traitement curatif.

Le traitement chirurgical paraît déplorable dans les statistiques publiées, quand bien même il est suivi d'applications de radium ou de radiothérapie pénétrante.

Qu'il soit fait par voie haute ou par voie basse, il est toujours laborieux, rendu difficile en particulier par la vessie qui souvent adhère au néoplasme.

Les suites immédiates sont mauvaises et les résultats ultérieurs, précaires.

Reste le traitement radiumthérapique associé ou non à la radiothérapie profonde.

Les résultats sont un peu plus favorables, mais il n'en reste pas moins vrai que le pronostic du cancer du col restant après hystérectomie pour lésions annexielles est extrêmement sombre.

Les malades atteints de salpingite suppurée sont jeunes et le cancer des femmes jeunes est toujours grave.

Dans les observations rapportées, sur 22 observations, nous trouvons 8 cas de mort et 5 cas dans lesquels nous n'avons pu connaître des suites opératoires lointaines de l'intervention.

Et il faut noter que les cas de survie cités ont été vus pour la plupart quelques mois, quelques années au plus après l'intervention. Que deviendront-ils par la suite ? Ce sera là une recherche intéressante à faire dans l'avenir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1 (inédite). Docteur Robert DIDIER.

Madame D.. Victorine, 46 ans.

Antécédents héréditaires : rien à signaler. Antécédents personnels : a toujours été bien portante. Jamais eu d'enfants. Bien réglée.

Opérée en 1919 (appendicite).

En juillet 1919 : douleurs abdominales très vives. Reste deux mois au lit; fièvre, douleurs, pertes abondantes. En janvier 1920 : 2^e crise aigue : salpingite bloquant tout le petit bassin, induration, douleurs vives et continues. Une perforation a dû se faire dans le rectum, car la malade perd du pus dans ses selles. Le lundi 26 janvier 1920: colpomie. Suites normales. Fin mai 1920, on examine la malade : tout le petit bassin est rempli par une énorme masse, la malade souffre sans cesse, la température est normale, on décide d'intervenir.

Le 26 mai 1920, sous-anesthésie au chloroforme, on fait une hystérectomie abdominale subtotale : double salpingite suppurée très adhérente, drainage abdominal, suites normales.

Deux ans après, en juillet 1922, la malade revient nous consulter pour de petites pertes de sang : col gros, sanieux, induré, on fait une amputation du col. Examen histologique : épilioma.

La malade meurt quelques mois après.

OBSERVATION 2 (inédite). Docteur Robert DIDIER.

Mme P. Blanche, 51 ans.

Opération le 7 mars 1930, sous-anesthésie au chloro-kélène. Laparatomie médiane sous-ombilicale : gros utérus, et volu-

mineux kyste de l'ovaire droit. Ovaire gauche kystique. On fait une hystérectomie subtotale. Drain. Soie.

Suites normales.

La malade est revue en décembre 1933 : petites pertes de sang, hypertrophie du col.

Le 11 décembre 1933, on fait une ablation du col par voie vaginale.

Examen histologique (PILATRE-JACQUIN) : fibromyome avec, en un point, évolution épithéliomateuse nette.

OBSERVATION 3 (inédite). Docteur Robert DIDIER.

Mme A... Marguerite, 41 ans.

Opérée le 11 février 1928, sous anesthésie au balsoforme, pour lésions annexielles.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Utérus petit, avec un noyau fibromateux. Salpingite double, volumineuse, enkystée. Ovaire kystique. Trompe très enflammée et adhérente.

Hystérectomie subtotale. Cautérisation du moignon au thermocautère. Enfouissement. Drain.

Suites normales.

La malade revient nous consulter en décembre 1929 pour pertes sanguinolentes. A l'examen, gros col, induré, saignant au contact : suspect.

Le 11 décembre 1929, on fait une large amputation du col.

Examen histologique (D^r LEROUX) : épithélioma, malpighien à prédominance baso-cellulaire, mitoses nombreuses, stroma conjonctif assez richement infiltré de cellules lymphoïdes.

En mars 1930, à l'examen on constate de nouveaux bourgeons sur la cicatrice vaginale. Application immédiate de radium. (D^r GUINIER) : 40 M C D.

En février 1932, la malade souffre dans tout le bassin. Nouvelles pertes rouges. On fait une cure de radiothérapie pénétrante.

La malade meurt en juin 1932.

OBSERVATION 4 (inédite). Docteur Robert DIDIER.

Mme R., Yvonne, 32 ans

Cette malade vue en mars 1935, présente une crise aiguë de salpingite dont elle souffre depuis plusieurs mois.

A l'examen, on trouve une énorme masse dure remplissant tout le petit bassin. Température élevée.

Le traitement médical prolongé (repos au lit, glace, propidon, etc..) n'ayant donné aucun résultat, on se décide à intervenir.

Opération le 5 avril 1935, sous anesthésie à l'éther.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Volumineuse salpingite gonococcique double. Toute la masse utéro-annexielle est agglutinée au fond du bassin. Les trompes sont remplies de pus. La décortication en est difficile. On fait une hystérectomie subtotale au ras du col. En raison de l'âge de la malade on décide de laisser celui-ci, qui, à l'examen ne présentait aucune induration, aucune ulcération, aucune zone suspecte.

Drain et deux mèches. Paroi par plans.

Suites normales. La malade se remet assez vite.

Néanmoins, en juillet 1935, 3 mois après son opération elle vient nous consulter pour de petites pertes sanglantes.

Le col est assez gros, enflammé, saignant au contact de la pince.

Le 19 juillet, sous anesthésie au chlorokélène, on en pratique l'ablation par voie vaginale.

Examen histologique : épithélioma.

Après plusieurs traitements médicaux, le malade se cachectise et meurt.

OBSERVATION 5 (inédite). Docteur GUINIER.

Mme G... Clémence, 50 ans.

Opérée pour salpingite en 1923 à l'hôpital St-Antoine dans le service du Professeur LEJARS, par le Docteur BROcq. (Elle avait à cette époque 33 ans).

Laparatomie médiane sous ombilicale. Grosse masse salpingée droite, adhérente. Ouverture d'un abcès de l'ovaire gauche. Lésion de salpingite chronique ancienne.

Hystérectomie supravaginale en bloc. Drainage.

En octobre 1937, pertes de sang, gros caillots, depuis 6 mois environ.

Le Docteur GUINIER, à l'examen constate : un énorme cratère bourgeonnant, très saignant au toucher. Des culs-de-sac assez souples.

Biopsie. Examen histologique : épithélioma malpighien du type intermédiaire à tendances basocellulaires.

Traitement radiumthérapique en octobre-novembre 1937 (deux applications : 50 M. C. D.).

Actuellement (novembre 1938) la malade est en parfait état local et général.

OBSERVATION 6 (inédite).

Communiquée par le Docteur ROUFFIAC.

Il s'agit d'une malade opérée en 1920 pour salpingite. Elle avait alors 25 ans. Hystérectomie subtotale.

Elle est revue en 1932 pour pertes rouges.

Biopsie. Examen histologique : épithélioma indifférencié.

Traitement radiumthérapique. Une application de trois jours. (30 M. C. D.).

A l'heure actuelle (novembre 1938) la malade est vivante et se porte bien.

OBSERVATION 7. — P. MOIROUD, de Marseille. Cancer du col restant. Intervalle libre de sept ans. (*Sté de Chirurgie de Marseille*. Séance du 12 avril 1937. In *Bull. et Mém. de la Sté*, tome II, n° 4, Avril 1937, p. 194-195).

Très brève relation d'un cas d'une jeune femme hystérectomisée (subtotale), à 24 ans, pour double pyosalpinx

adhérent. Sept ans plus tard, écoulement sanguin. La biopsie montre un épithélioma spino-cellulaire.

Traitement par curiethérapie. Résultat excellent.

Au cours de la discussion, MASINI signale un autre cas de cancer sur cicatrice vaginale d'hystérectomie totale pour annexite.

OBSERVATION 8. — G. LABEY. Rapport au 33^e Congrès de Chirurgie : Procès-verbal, rapport et discussion du Congrès. Paris 1924, p. 278.

« J'ai vu il y a deux ans, une jeune femme à laquelle j'ai fait une hystérectomie subtotale pour double salpingite suppurée, revenir quatre mois après avec un cancer au col. Ces faits m'ont singulièrement impressionné et ont contribué à me faire évoluer vers l'hystérectomie totale.

A l'heure actuelle, où nous assistons à une troublante augmentation de fréquence du cancer, cet argument nous semble avoir quelque valeur. »

OBSERVATION 9. — A. RICHARD. A propos de la conservation ovarienne. (*Mém. Ac. de Chirurg.* T. 64. n° 6. Séance du 16 février 1938, p. 244)

« Il s'agit d'un cas de salpingite bilatérale très volumineuse, très adhérente, que j'ai opéré en 1922, chez une femme de 21 ans, et j'avoue que j'ai beaucoup hésité à garder une partie de l'utérus et les ovaires, tant les adhérences étaient importantes autour de deux volumineux pyosalpinx. Je n'ai eu qu'à m'en féliciter, et véritablement six mois après, sans aucune cicatrice visible, avec des règles normales, un moignon utérin mobile au toucher et des

culs-de-sacs souples, elle pouvait absolument dissimuler qu'elle eut subi une intervention pelvienne. Elle s'est mariée en 1925 et a vécu sans aucune complication jusqu'en 1931. A cette époque elle est venue me consulter, présentant un épithélioma à marche rapide de la lèvre antérieure du col utérin. Je l'ai confiée à l'Institut du Radium, mais tous les efforts ont été vains. Le bas fond vésical et les uretères ont été envahis et la malade a succombé en quelques mois.

OBSERVATION 10. — Hotel-Dieu de Marseille et Centre Anticancéreux. Cité par J. DOR dans *Marseille médical* du 15/11/32.

Malade opérée en 1927 par le Dr VAYSSIÈRE pour métro-salpingite rebelle. Guérison sans incidents.

En 1932, pertes rouges et douleurs pelviennes. La biopsie montre un épithélioma typique. Radium au centre anticancéreux. Résultat favorable et survie à la date de l'observation. (deux ans et neuf mois).

OBSERVATION 11. — Centre Anticancéreux de Marseille.

Cité par J. DOR dans *Marseille médical* du 15/11/33.

Femme opérée en 1912 pour annexite bilatérale. Hystérectomie subtotale.

En 1932, pertes rouges. La biopsie montre un épithélioma baso-cellulaire atypique, avec monstruosité cellulaires. Infiltration secondaire. Persistance de fibrilles collagènes en certains points.

Application de radium. Bon résultat malgré une interruption rendue nécessaire par une hémorragie.

OBSERVATION 12. — Due au D^r VAYSSIÈRE, de Marseille.

Cité par J. DOR dans *Marseille médical*. 15/11/12.

Femme opérée en 1917 pour salpingite double. Hystérectomie subtotal. En 1931, métrorragies. On pratique une biopsie qui décèle un épithélioma spino-cellulaire. Bons résultats par le traitement au radium.

OBSERVATION 13. — Due à MM. COTTALORDA et PAOLI.

Cité par J. DOR dans *Marseille médical*. 15/11/32.

Femme opérée en 1923, pour métrosalpingite. Syphilis. Hystérectomie subtotal. Troubles légers préménopausiques ensuite. En 1924, métrorragies. On fait toute la gamme des traitements médicaux. Arrêt des métrorragies en 1925 par par Cryothérapie. Elles reprennent en 1926. On fait alors une biopsie qui montre une hyperplasie des éléments épithéliaux avec dégénérescence épithéliomateuse par endroits.

Une intervention est décidée. On pratique une laparatomie sous-ombilicale. Ablation du col et de la partie immédiatement attenante du vagin en restant au ras de celui-ci. On fait un examen histologique. On trouve un épithélioma cylindrique ulcéro-végétant ayant envahi le col.

Guérison apparente de deux mois et demi. Puis à nouveau métrorragies. Une biopsie pratiquée montre un épithélioma cylindrique d'origine glandulaire.

On fait de la radiumthérapie avec un bon résultat puisqu'à la date de l'observation, après trois ans et demi, la malade est toujours en vie.

OBSERVATION 14. — Citée par J. DOR dans *Marseille médical*. Novembre 32.

Femme opérée en 1917, par le D^r DELAUNAY pour lésions

salpingiennes bilatérales. En 1931, apparition de pertes blanches aqueuses, puis rosées, enfin rouges et très abondantes, continues, accompagnées de douleurs au niveau du petit bassin, douleurs continuelles irradiant vers la colonne vertébrale et amenant parfois au niveau de la jambe gauche une sensation d'engourdissement.

Bon état général. pas d'amaigrissement.

A l'examen général, tumeur végétante et ulcéreuse du col restant.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma malpighien de forme intermédiaire à prédominance baso-cellulaire.

Radium pendant sept jours, application de radium. Les résultats immédiats sont satisfaisants.

OBSERVATION 15. — A. LAPOINTE. Discussion à la *Sté de Chir.* sur le rapport de MM. JEANNENAY et CHAVANNAZ. 1926. (*Bulletin et Mémoire de la Sté de Chirurgie.*)

Il s'agit d'une femme opérée en 1912. Hystérectomie subtotale pour salpingite.

En 1925, cancérisation vérifiée par biopsie.

Préparation curiethérapique, puis opération abdominale (cervicectomie élargie.)

Etat satisfaisant au bout d'un an.

OBSERVATION 16. — J. FREDET. Discussion à la *Sté de Chirurgie* sur le rapport de MM. JEANNENAY et CHAVANNAZ. 1926. (*Bulletin et Mémoire de la Sté de Chirurgie*)

Je n'ai observé qu'un cas de cancer sur le moignon après hystérectomie subtotale pour salpingite. Aussi n'est-ce pas par crainte du cancer que je pratique systématiquement l'hystérectomie totale pour fibrome et pour salpingite.

OBSERVATION 17. — Citée par ALBERTIN. (*Thèse de Lyon*, 1927.)

Femme de 41 ans, opérée en 1913. Castration et hystérectomie subtotala pour annexite.

1919, elle est revue avec dianostic de cancérisation du col. Depuis cet examen, la malade n'a pas été revue.

OBSERVATION 18. — Citée par ALBERTIN (*Thèse de Lyon*, 1927.)

Femme opérée à l'âge de 28 ans par castration et hystérectomie subtotala en 1910, pour grossesse tubaire et salpingite concommittante.

En 1918, cancérisation du col utérin.

Ablation du col par voie vaginale et radium.

Pas de récidence jusqu'en 1921. Alors, des douleurs dans la jambe droite commencent à se faire sentir.

En juillet 1922, on trouve une volumineuse tumeur dans la fosse iliaque droite, probablement ganglionnaire, avec blindage du cul de sac vaginal droit. Cette récidence a gagné le bassin, la région fessière, et la malade a succombé à la cachexie cancéreuse en 1923.

OBSERVATION 19. — Citée par ALBERTIN (*Thèse de Lyon*, 1927.)

Femme opérée en 1917 par castration et hystérectomie subtotala pour annexite bilatérale.

Cancérisation du col utérin en 1918. Pertes rouges, douleurs avec irradiations fessières.

Ablation du col le 7 juin 1918 par voie vaginale.

Incision circulaire du vagin à sa partie moyenne. Décollement et extirpation du col. Opération difficile ne donne pas satisfaction.

Récidence en 1920.

OBSERVATION 20. — Citée dans (*La Gynécologie*, 1926.)

Femme hystérectomisée en avril 1929 pour suppuration annexielle.

Cancer du col en mars 1934, époque à laquelle l'exérèse chirurgicale est pratiquée sous rachianesthésie. La libération fut des plus laborieuses, la masse des ligaments larges était envahie.

Dès fin juin, des douleurs lombaires se manifestèrent. Trois séances de radiothérapie profondes n'amenèrent aucune amélioration. En juillet, la malade fit de l'anurie par contraction des uretères et succomba après une agonie de 15 jours.

OBSERVATION 21. — Professeur Mocquot.

(Citée par P. BANSE, dans sa *Thèse de Paris*, 1938).

Femme de 57 ans, opérée en 1911 pour salpingo-ovarite. Hystérectomie subtotale.

Depuis 2 grossesses normales.

En 1934, pertes sanglantes. A l'examen, col entièrement remplacé par une masse ulcérée et bourgeonnante. Culs-de-sac souples. Moignon mobile. Bon état général.

La biopsie décèle un épithélioma malpighien, mitoses assez nombreuses, pas de monstruosité.

Traitement curiethérapique. Bons résultats immédiats, mais en janvier 1935 récurrence des suintements sanglants. Col dur, irrégulier, saignant, suspect.

On fait une cervicectomie vaginale. 6 mois après, reprise des pertes sanglantes, et malgré un traitement par rayons X, la récurrence fait des progrès et la malade meurt en août 1936.

OBSERVATION 22. — Clinique Gynécologique Broca.

(Citée par P. BANSE, dans sa *Thèse de Paris*, 1938).

Femme de 39 ans, opérée en 1934 d'une hystérectomie sub-totale pour salpingo-ovarite suppurée.

Auparavant, une grossesse normale et une grossesse extra-utérine opérée en 1925.

En 1937, elle vient consulter pour hémorragies vaginales intermittentes.

A l'examen, le col est remplacé par un orifice irrégulier à bourgeons charnus. Le paramètre semble envahi.

A la biopsie, on constate un épithélioma basocellulaire. Nombreuses mitoses.

La malade quitte le service sur sa demande.

CONCLUSIONS

1) Le cancer du col restant est nettement plus rare après hystérectomie pour lésions annexielles qu'après les opérations pour fibrome. Mais il l'est moins qu'on ne le supposait autrefois.

2) C'est en général un épithélioma de forme envahissante.

3) Le diagnostic est facile et ne résiste pas à un examen clinique approfondi.

4) Le traitement doit être radiumthérapique, associé ou non à la radiothérapie profonde.

Le traitement chirurgical ou radiochirurgical ne saurait être employé que dans les formes prises tout à leur début.

5) Le pronostic, d'après les observations publiées, est sombre.

6) Il semblerait préférable, comme traitement préventif, de faire, et même chez les femmes jeunes, au cours des salpingites suppurées, l'hystérectomie totale.

Vu : Le Président de la Thèse,
P. MOCQUOT.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTI. — Trailement du cancer du col utérin. *Thèse de Lyon*, 27.
- ARROU. — Bulletin et Mémoire. *Société de Chirurgie de Paris*, 1890.
- AYMERIC. — De l'évolution du moignon cervical après hystérectomie. *Thèse Toulouse*, 1910.
- BERTRAND. — Transformation du moignon utérin après hystérectomie totale.
- BANSE. — Le Cancer du Col restant après Hysterectomie subtotale. *Thèse Paris* 1938.
- BROCC. — Discussion à la Sté d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1918.
- CHAPUT. — La subtotale hâte l'apparition du cancer. *Sté de Chirurgie de Paris* 1910.
- CHUESCO. — Degeneracion maligna del cuello uterino en hystérectomie subtotale operadas por via alta y reoperadas par via vaginal. *Semana Med.*, 20: 1448-1450, 6 Nov. 1930.
- CHOSSON et CERATI. — Cancers du col restant à développement très tardif. *Sté de Chir. de Marseille*, Déc. 1932.
- CHOSSON. — Cancer du col restant. *XII^e ass. Chirurgicale*, 3-8 octobre 1932.
- CONDAMIN. — Transformation néoplasique du moignon utérin. *Semaine Gynécologique*, 1902.
- CURELEANO. — Cancérisation du col utérin restant après hystérectomie subtotale pour fibrome. Extirpation, guérison datant de cinq ans. *Sté de Gynécologie de Bucarest*, Mars 1937.
- DANIEL. — *Thèse Paris*, 1905.
- DOR. — Le cancer du col restant. *Marseille Médical*, n° 32-33, Nov. 32.

- Cancers du col restant. *Sté de Chirurgie de Marseille*, Bull. n° 7, Juillet 1936.
- FAURE. — *Sté de Chirurgie de Paris*, 1904, 1926.
- Discussion à la Sté d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1928.
- FERRARI. — Le cancer du moignon cervical après hystérectomie subtotale. *Algérie Chirurgicale*, Juin 1937.
- FERRY. — L'Epithélioma du col restant après hystérectomie subtotale pour fibrome. *Strasbourg Médical*, 25 Juillet 1930.
- FORGUE. — Hystérectomie abdominale totale ou subtotale. *Presse Médicale*, 28 Septembre 1932.
- GASNE. — Cancer du col utérin développé sur le moignon d'une hystérectomie subtotale pour fibrome. La Consultation n° 48, Décembre 32, Janvier 1933.
- GÉLÉZKOFF SAVA. — *Thèse Lyon*, 1931.
- JEANNEY et CHAVANNAZ. — Evolution du col restant après hystérectomie. *Rapport et discussion de la Sté de Chirurgie de Paris*, 1928.
- LEFEBVRE et GOUZI. — Le cancer du col restant. *VI^e Congrès de Gynéc.*, Toulouse, 15-18 Mai 1937.
- HARTMANN. — *Sté de Chirurgie de Paris*, 16 Fév. 1910.
- MAYO. — Carcinome du moignon cervical après hystérectomie subtotale. *Ann. of Surg.*, n° 6, Juin 1931.
- MONOD. — *Sté de Chirurgie de Paris*, 1929-1930.
- Epithélioma du col restant après hystérectomie subtotale. *Bull. Sté de Chirurgie de Paris*, 1926.
- *Rapport au Congrès de Liège* (Juillet 1930).
- MOIROUD. — Cancer du col restant intervalle libre de sept ans. *Bull. et Mémoire de la Sté de Chirurgie de Marseille*, avril 1937.
- MOLFINO et BOERO. — Cancer du moignon du col utérin. Sa prophylaxie. *Semana Med.*, n° 22, Juin 1932.
- PÉAN. — *Congrès français de chirurgie*, 1893.
- PEYRE. — *Thèse Toulousé*, 1927-28.
- PINSAN. — La question de la cancérisation du moignon cervical après hystérectomie subtotale. *Strasbourg*, 25 Oct. 30.

- POLLOSSON. — A propos de l'épithélioma du col restant après hystérectomie subtotale. *Lyon Chirur.*, Sept-Oct., 1930.
- POZZI. — *Bull. et Mémoire Société de Chirurgie de Paris*. Déc. 1903.
- PRESTINI. — Cancerizazion del munon cervical *Semana Med.*, 15 sept. 1932.
- QUÉNU. — *Bull. et Mémoire de la Sté de Chirurgie de Paris*, 1903.
- RICHELOT. — *Sté de Chirurgie de Paris*, 10 Nov., 21 Nov., 3 Déc., 11 Déc.
- *Sté de Chirurgie de Paris*, Mars, Juin 1906.
- SÉJOURNET. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale *Bull. et Mémoire de la Sté des Chirurg. de Paris* 20 Déc. 1920.
- Discussion sur le cancer du col restant. Conclusions. *Sté d'obst. et de Gynéc.*, 2 Déc. 1935.
- Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. *Sté d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, Séance du 1^{er} Avril 1935.
- SÉNÈQUE. — Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale. *Presse Médicale*, 11 Juillet 1931.
- TESAURO. — Cancer du col après hystérectomie subtotale. *Sté de Chirurgie de Paris*, 1910.
- TRESTON. — Carcinoma in stump of cervix utéri 20 Years after subtotal hysterectomy. *Tr. South. S.A.*, 1929-42. XX 42-30.
- ZAMPA. — L'epithelioma del moncone uterino dopo l'istérectomia subtotale per fibromia. *Policlin.*, Sept. 1937.

